

① 子ども医療費受給資格内容変更等届			
資格証の記号番号			
区分	変 更 種 別	新	旧
受給資格者	フリガナ氏名		
	住 所		
子 ども	フリガナ氏名		
	住 所		
加 入 保 険	被 保 険 者 氏 名		
	保 険 種 別		
	保 険 者 名		
	保 険 者 所 在 地		
	保険証記号番号		
	附加給付金の有無	有 ・ 無	有 ・ 無
	給 付 内 容		
他の制度による医療費助成を受けることとなったとき		助成制度名	
変更等事由発生日			
変 更 等 事 由			
上記のとおり変更等したのでお届けします。 年 月 日 住所 届出人 氏名 TEL (子どもとの続柄) 安来市長 様			